

SUCURSAL: 03. CALI USUARIO: MIRANDAM TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA 03 01 2019

TOMADOR/GARANTIZADO:		ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE - AG		C.C. O NIT: 900522923		8
DIRECCIÓN:		CL 39 N 4 N 151		CIUDAD:		CALI
E-MAIL:		FACTURACIONAGESOC80@OUTLOOK.ES		TELÉFONO:		6026594000
ASEGURADO:		HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.		C.C. O NIT:		890303461 2
DIRECCIÓN:		CL 5 36 08		CIUDAD:		CALI
BENEFICIARIO:		HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.		C.C. O NIT:		890303461 2
DIRECCIÓN:		CL 5 36 08		CIUDAD:		CALI

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA
DESDE 01 01 2019	HASTA 28 02 2022					434,700,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%			TRM	3,250.01	MONEDA VALORES
100.00	A. SAAVEDRA SAAVEDRA Y					PRIMA		PESOS 1,564,920.00
						CARGOS DE EMISIÓN		PESOS 12,000.00
						IVA		PESOS 299,615.00
						TOTAL		1,876,535.00

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO		01-01-2019	28-08-2019	0.00	124,200,000.00	325,303.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN		01-01-2019	28-02-2022	0.00	62,100,000.00	589,014.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO		01-01-2019	28-08-2019	0.00	248,400,000.00	650,603.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA POLIZA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN EL CONTRATO No. C19-001 REFERENTE PRESTAR APOYO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS DE PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS FIJADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCADA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

SU-FO-01-02

TOMADOR



(415)770998911901(8020)0360114567

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fri, 9 May 2025 15:42:52

SUCURSAL: 03. CALI

USUARIO: MIRANDAM

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

VISTILLADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR/GARANTIZADO: ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE - AG **C.C. O NIT:** 900522923 **8**
DIRECCIÓN: CL 39 N 4 N 151 **CIUDAD:** CALI

E-MAIL: FACTURACIONAGESOC80@OUTLOOK.ES **TELÉFONO:** 6026594000

ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E. **C.C. O NIT:** 890303461 **2**
DIRECCIÓN: CL 5 36 08 **CIUDAD:** CALI **TEL.** 6025141831

BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E. **C.C. O NIT:** 890303461 **2**
DIRECCIÓN: CL 5 36 08 **CIUDAD:** CALI **TEL.** 6025141831

VIGENCIA							VALOR ASEGURADO EN PESOS			
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA		
DESDE	20	02	2019	HASTA	28	02	2022	434,700,000.00	63,805,000.00	498,505,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%			TRM	3,072.01	MONEDA	VALORES
100.00	A. SAAVEDRA SAAVEDRA Y					PRIMA		PESOS	255,985.00
						CARGOS DE EMISIÓN		PESOS	7,000.00
						IVA		PESOS	49,967.00
						TOTAL			312,952.00

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO		20-02-2019	28-08-2019	124,200,000.00	142,430,000.00	57,759.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN		20-02-2019	28-02-2022	62,100,000.00	71,215,000.00	102,710.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO		20-02-2019	28-08-2019	248,400,000.00	284,860,000.00	95,516.00	0.00	0.00

SEGUN OTRO SI No.1 FIRMADO EL 20.02.2019 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA.

OBJETO DE LA POLIZA:

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN EL CONTRATO No. C19-001 REFERENTE PRESTAR APOYO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS DE PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS FIJADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

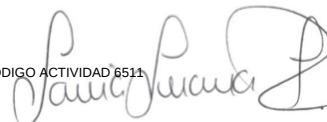
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPañIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762012708095 4/2/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 100001 AL 200000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 114866 AL 200000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



 María Juana Herrera Rodríguez
 CC: 52.420.596

SU-FO-01-02

TOMADOR



(415)770998911901(8020)0360115150

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO